

令和8年度分 市民税・県民税申告書

(R7.1.1～R7.12.31)
の所得分

大府市長 殿

年 月 日提出

受付印

台帳番号		納税者番号				
住	現住所	〒				
所	令和8年1月1日現在の住所	職業又は屋号				
フリガナ		電話番号				
氏名		生年月日 ○をご記入ください。				
個人番号		明治 大正 昭和 平成 令和				
		年 月 日				
		世帯主の氏名				
		続柄				

申告期限は三月十六日(月)です。

ご記入の際は「申告書の手引き」の記載例等を参考にしてください。

裏面にも記載する欄がありますから注意してください。

所得金額	区分	A 収入金額				B 必要経費				C 専従者控除額				所得金額 (A - B - C)							
	事業	営業等													① 営業等						
	事業	農業													② 農業						
	不動産														③ 不動産						
	利子														④ 利子						
	配当														⑤ 配当						
	給与	⑥					給与所得控除								⑦ 給与						
	(内専従者給与収入)	⑦					給与所得控除								⑧ 年 金						
	雑	公的年金					公的年金等控除								⑨ 業務・その他						
	雑	業務その他													⑩ 総合譲渡・一時						
所得控除	区分	A 収入金額				B 必要経費				C 特別控除				所得金額 (A - B - C)							
	総合譲渡・長期													⑪ 合計							
	一時													⑫ 雑 損							
	合計	① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑦ + ⑧ + ⑨ + ⑩												⑬ 医療費							
	雑 損	A 損害金額				B 補填金額				C 所得金額の合計額の10%				A - B - C							
	医療費	a				A 支払金額				B 補填金額				C 10万円と所得金額の5%とのいずれか少ない金額							
	(a か b のいずれか)	b (セルフメディケーション税制)				A 支払った特定一般用医薬品等購入額				B 補填金額				C 1万2千円							
	社会保険料	A (国保・後期高齢)				B (国民年金)				C 社会保険 (・介護)				A + B + C							
	小規模企業共済等掛金	支払った小規模企業共済掛金 (旧第2種共済掛金を除く) と心身障害者扶養共済掛金の合計額												16歳未満の扶養親族 (控除対象外)							
	生命保険料	一般 (新)				個人年金 (新)				介護医療分				氏 名							
地震保険料	一般 (旧)				個人年金 (旧)								続 柄								
所得控除	合計額	地震保険料支払額				長期損害保険料支払額 (旧)								氏 名							
	障害者	氏 名				(身障・療育・精神 級)				障害者				続 柄							
	ひとり親	個人番号												氏 名							
	勤労学生	氏 名				(身障・療育・精神 級)								続 柄							
	配偶者特別	氏 名				(身障・療育・精神 級)								氏 名							
	同 生 計	個人番号												続 柄							
	配 偶 者	氏 名				明・大・昭・平				配偶者				氏 名							
	合計所得金額	個人番号												続 柄							
	扶養親族・特定親族	氏 名				続 柄				生 年 月 日				形 態							
	基礎控除	氏 名				続 柄				生 年 月 日				形 態							
合計	氏 名				続 柄				生 年 月 日				形 態								

表面

別紙資料 有 ・ 無

受付

入力

変更例月 月例月 F・T

●分離課税所得及び退職所得

区 分	種 目	㊦ 収 入 金 額	㊧ 必 要 経 費	㊨ 差 引(㊦－㊧)	㊩ 特 別 控 除 額	所得金額(㊨－㊩)
短 期 譲 渡	9％適用分(一般)			18		23
	5％適用分(軽減)			19		24
長 期 譲 渡	一 般			20		25
	優良住宅地等			21		26
	居 住 用 財 産			22		27
株式等の譲渡	一 般 分			㊴		28
	上 場 分			㊵		
先 物 取 引	事 業 ・ 雑			㊶		29
山 林 所 得	㊦ 収 入 金 額	㊧ 必 要 経 費	㊨ 特 別 控 除 額	㊩ 青色申告特別控除額	所得金額(㊦－㊧－㊨－㊩)	
					30	
退 職 所 得	㊦ 収 入 金 額	勤 続 年 数 年(年 月 間)	障 害 の 別 普 通 ・ 特 別	㊩ 退 職 所 得 控 除 額	㊨ 差 引(㊦－㊩)	所得金額(㊦× $\frac{1}{2}$)
					31	
					特例適用条文	措置法 条

●雑所得（公的年金等以外）の収入金額のある方

種 目	所 得 の 生 ず る 場 所	㊦ 収 入 金 額	㊧ 必 要 経 費	所得金額(㊦－㊧)

●源泉徴収票の添付のない給与所得者の記載欄

日雇及び源泉徴収をしていない事業所などに勤務している方は、下記の表に記入してください。

月	月	収	月	月	収	月	月	月	収	小	計
1			4			7			10		
2			5			8			11		賞 与 等
3			6			9			12		
雇用主又は事業所の所在地										合 計 収 入 (表面の給与収入金額⑥)	
雇用主又は事業所の名称											
電話 (

●専従者控除

事業専従者	1	氏 名	続柄	生 年 月 日	従事月数	専従者控除額
		個人番号		明・大・昭・平 ・ 生 ケ月		
	2	氏 名	続柄	生 年 月 日	従事月数	専従者控除額
		個人番号		明・大・昭・平 ・ 生 ケ月		
	3	氏 名	続柄	生 年 月 日	従事月数	専従者控除額
		個人番号		明・大・昭・平 ・ 生 ケ月		

●別居の扶養親族等に関する事項

1	氏 名	住所	<input type="checkbox"/> 国外居住	<input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 障害者
	個人番号			
2	氏 名	住所	<input type="checkbox"/> 国外居住	<input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 障害者
	個人番号			
3	氏 名	住所	<input type="checkbox"/> 国外居住	<input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 障害者
	個人番号			

●所得金額調整控除に関する事項

氏 名	続柄	生 年 月 日	特別障害者に該当する場合	個 人 番 号
		明・大・昭・平・令 ・ 生	級 度	

●寄附金に関する事項

寄 附 金	都道府県、市区町村分	円	条 例	愛知県	円
税額控除	住所地の共同募金会、 日赤支部分	円	指定分	大府市	円

●給与・公的年金等に係る所得以外(令和8年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市県民税納税方法

- ☐ 給与から差引き（特別徴収）
☐ 自分で納付（普通徴収）

●所得がなかった方の記載欄

前年中（令和7年1月1日から令和7年12月31日まで）又は一部の期間に所得がなかった方でも、後日、所得課税証明書を交付する場合の基礎資料や国民健康保険税の判定資料として必要となりますので、下記の該当欄に所得がなかった理由、生活状況等を記入してください。

1 下記の人から扶養又は援助を受けていた。	5 雇用保険・失業給付を受給していた。
住所	(受給期間 年 月～ 年 月)(受給額) 円
氏名 (本人との続柄)	6 病気療養中 (入院 ・ 通院)
2 学生であった。	年 月 から 年 月 まで
学校名 (学部・学科) 学年	7 その他(令和7年1月1日から令和7年12月31日まで)の生活状況
3 傷病者や遺族の恩給・年金などを受給していた。(障害者年金・遺族年金・恩給・その他)	
(支払者) (受給金額) 円	
4 貯金・蓄えて生活をしていた。	